

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 86

De l'Utilisation plastique de l'Epiploon

comme moyen de fermeture

DES

GRANDES BRÈCHES PÉRITONÉALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 février 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT VILLARD

Né à Grenoble, le 21 juin 1873



GRENOBLE

GRANDS ÉTABLISSEMENTS DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE

1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 86

De l'Utilisation plastique de l'Épiploon

comme moyen de fermeture

DES

GRANDES BRÈCHES PÉRITONÉALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 février 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT VILLARD

Né à Grenoble, le 21 juin 1873



GRENOBLE

GRANDS ÉTABLISSEMENTS DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales.	PONCET
	JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	PIERRET
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales.	COURMONT (P.)
Anatomie pathologique.	PAVIOT
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agréé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique et gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LÉPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESEUR	LATARGET	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Auguste POLOSSON, *Président*; VALLAS, *Assesseur*;

MM. LERICHE et TAVERNIER, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Au début de ce modeste travail, nous considérons comme un devoir de présenter à tous nos maîtres de la Faculté de Lyon l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le professeur Auguste Pollosson nous a fait l'honneur de présider notre thèse, aussi c'est à lui qu'iront nos premiers, nos meilleurs remerciements.

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par M. le Dr Viollet, chef de clinique. C'est lui qui dirigea nos premiers pas dans la pratique de la gynécologie, depuis nous avons déjà été à même d'apprécier toute l'excellence des notions pratiques qu'il nous a inculquées, nous le prions de croire à notre bien vive gratitude.

Nous n'aurons garde d'oublier nos premiers maîtres de l'Ecole de médecine de Grenoble. Grâce à eux, nos débuts dans les études médicales nous ont paru moins arides, nous leur adressons nos plus sincères remerciements.

Pendant nos études, nous avons trouvé des amis dévoués que nous quittons avec regret, nous leur donnons l'assurance de notre sincère et durable affection.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire des résections larges du péritoine pariétal est liée pour ainsi dire à celle des tumeurs de la paroi, car c'est dans des cas de cette nature que les premières tentatives ont été faites, et c'est dans cette catégorie qu'on trouve le plus grand nombre d'observations dans la littérature médicale.

Dès les premiers travaux sur les fibromes de la paroi, qui datent de 1850, les chirurgiens rencontrèrent des cas, où le péritoine était adhérent à la face profonde de la tumeur, au point de rendre toute dissection impossible, et de nécessiter l'ablation de la zone adhérente. Le premier cas d'ouverture accidentelle de la cavité péritonéale appartient à Langenbeck (1850) (1) : la plaie fut suturée de suite : la malade mourut de péritonite. Un deuxième cas de Langenbeck (1856) (2) : déchirure et suture immédiate, est également suivie d'une issue fatale.

La première résection péritonéale large, faite de propos délibéré, a été pratiquée par Esmarch en 1859 (3) ; la malade mourut également de péritonite.

(1) DEUTSCHE KLINIK 1850, (MM. Labbé et Remy, *Traité des fibromes de la paroi*, p. 7).

(2) ARCHIV. F. *Klinische Chirurgie* 1856.

(3) *Thèse de Cornils*, KIEL 1865 (MM. Labbé et Remy, p. 288),

Ces insuccès avaient découragé les tentatives opératoires complètes, et l'on trouve dans la période qui suivit de nombreuses observations, où dans la crainte d'une ouverture de la cavité abdominale, le chirurgien laisse une portion de la tumeur dans la zone d'adhérence péritonéale. Cette prudence extrême à l'égard du péritoine fut la règle de conduite d'une grande partie de l'école française pendant longtemps. Elle donna naissance à des méthodes thérapeutiques comme la section sous-cutanée du soi-disant pédicule du fibrome (Huguier), ou le morcellement de la tumeur (Gosselin), et malgré les conseils de Nélaton, malgré les travaux de Labbé et Rémy qui en 1888 dans leur traité des fibromes de la paroi abdominale, publiaient les résultats encourageants obtenus à l'étranger par la résection large dans les gros fibromes adhérents au péritoine, Segond dans une leçon faite à la Charité en 1888, concluait : « La tumeur est si volumineuse qu'on est forcé d'ouvrir le péritoine quand même et de le réséquer sur une grande étendue sans possibilité de rapprocher les bords de la plaie : abstention complète de toute intervention chirurgicale, qui serait plus dangereuse que d'abandonner la tumeur à elle-même. » (1)

Cependant à l'étranger, des tentatives plus hardies étaient faites. Buntzen et Boye, chirurgiens danois, faisaient des extirpations larges de fibromes de la paroi. Buntzen publiait les résultats qu'il avait obtenus, dans une leçon parue en 1868 : *Sur la vul-*

(1) NOIROT, *Thèse de Paris* 1902-03.

néralité du péritoine, en particulier au sujet des tumeurs prépéritonéales. Boye publiait en 1873 un mémoire sur le “ *Traitement chirurgical des tumeurs péritonéales (1873)* ”. Il y rapportait l'observation d'ablation de tumeurs de la paroi. Dans l'une d'elles, il fut conduit à faire une large résection péritonéale. Comme il ne pouvait rapprocher les lèvres de la brèche, il eut l'idée d'y fixer l'épiploon et suturer par dessus la peau. Sa malade guérit parfaitement. C'est incontestablement à lui que revient la priorité dans l'emploi du grand épiploon comme moyen de fermeture des brèches péritonéales. Sa méthode ne fut pas suivie par les chirurgiens de l'époque. Tous se contentèrent, en effet, dans les grandes brèches, de suturer muscles, aponévrose et peau, sans s'occuper de la perte de substance péritonéale. En Allemagne, Esmarch en 1874, malgré son échec antérieur, tente à nouveau, sous le couvert de la méthode antiseptique de Lister, une résection large, dans un cas de gros fibrome de la paroi abdominale. Il réséqua le péritoine sur une étendue de 20 centimètres carrés, et comme la suture directe des lambeaux péritonéaux était impossible, il se contente de suturer les muscles et la peau. La malade guérit. Ces faits sont rapportés dans la thèse de son élève Svadicani (Kiel 1875).

Sklifossowski, chirurgien de Moscou, publie une série d'articles très intéressants sur la question. En 1877, *Des blessures du péritoine* (1) ; en 1882 et

(1) VOIENNO. *Medisinski Journal*. 1877.

1884 dans le *Vratch* : *Peut-on chez l'homme, pratiquer l'ablation de la sangle musculaire préabdominale et Matériaux pour servir à l'histoire de la chirurgie de la cavité abdominale.* — Dans ces articles, Sklifossowski rapporte les observations de deux malades, chez lesquelles il avait fait une large brèche péritonéo-musculaire de la paroi, et où il utilisa la peau seule comme moyen de fermeture. Ces deux cas sont suivis d'expériences fort intéressantes sur les animaux traités de la même façon, et chez lesquels, il trouve ce fait remarquable, une adhérence spontanée presque constante du grand épiploon à la plaie péritonéale.

Sanger publie en 1884 un article *Sur les tumeurs desmoïdes de la paroi abdominale et leur opération avec résection du péritoine pariétal* (1), où il rapporte un cas analogue.

Nous ne pouvons oublier de mentionner dans cet Historique le travail remarquable de *Labbé et Remy* paru en 1888 : le *Traité des Fibromes de la paroi abdominale*, le premier travail d'ensemble sur la question, où tous les travaux antérieurs sont rapportés, et si judicieusement commentés. Cependant *Labbé et Remy* ne se sont pas laissés séduire par les expériences de *Boye*, *Esmarch*, *Sklifossowski* et *Sanger*. Ils conseillent eux, non pas la résection large des tumeurs de la paroi, le feuillet péritonéal compris, mais le décollement patient de la séreuse, et ils affirment qu'on peut arriver à le conserver

(1) ARCHIER. *Gynækologie*. Bd. XXIV. 1884.

dans tous les cas dans une étendue suffisante pour pouvoir faire une suture directe.

La méthode appliquée pour la première fois par Boye, semble donc avoir peu frappé les esprits ou avoir été ignorée de sa génération. Le premier cas que nous ayons pu trouver, où la méthode ait été appliquée, est de 1901 et provient d'un chirurgien russe, Irvanoff, dont l'observation est rapportée dans la thèse de M. Wassibwsky (Montpellier 1903) (1). Cette thèse, inspirée par M. le Prof. Forgue, est très nette sur la question. Voici en effet une de ses conclusions : « Lorsque la résection du péritoine sera trop étendue pour permettre la réunion, on se trouvera bien de remplacer le feuillet pariétal par le tablier épiploïque suturé aux lèvres de l'excision. »

Ces travaux antérieurs étaient ignorés de M. le Prof. Pollosson, quand en 1906, il eut l'occasion d'opérer une récurrence pariétale de cancer du corps utérin, opéré précédemment par Laroyenne. Il eut l'idée de combler la large brèche péritonéale avec le grand épiploon. Il communiqua le cas à la Société de Chirurgie de Lyon (1906). Depuis il eut l'occasion d'appliquer deux fois la méthode, dans un cas d'événtration considérable, où le péritoine avait été dilacéré au cours de l'intervention et dans un cas de fibrome de la paroi.

M. Bérard, a également eu recours à ce procédé, dans un cas d'hernie ombilicale, mais il nous a été impossible de retrouver l'observation.

(1) IRVANOFF. *Troudy, obsschestiva Kireroskih wratchei* 1901-02. Kiew.

CHAPITRE II

Définition. - Indications de la méthode

On a pu voir par le court Historique qui précède, qu'on est exposé dans certaines interventions chirurgicales à réséquer tout ou partie du péritoine pariétal, et à produire une large brèche dans la cavité séreuse. Cette perspective a souvent arrêté les chirurgiens, et M. le Prof. Pollosson nous rapportait un cas de gros fibrome de la paroi où Fochier avait refusé d'intervenir, parce qu'il se voyait obligé de faire une plaie péritonéale qu'il croyait impossible de combler, et qu'il reculait devant la gravité d'une telle intervention. Le cas s'est représenté maintes fois, et l'on ne saurait blâmer les chirurgiens de leur prudence.

Bien que Sklifossowski et Sanger aient réussi dans leurs interventions, on ne peut moins faire que de qualifier de téméraire le fait de refermer la cavité péritonéale avec la peau seule, et de laisser les viscères en contact avec la face interne cruentée de la peau, exposés à une infection secondaire presque fatalement mortelle, si une suppuration se produisait, ou à des adhérences qui troubleraient profondément leurs fonctions.

Le fait de rétablir la continuité de la séreuse au moyen du grand épiploon suturé au pourtour de la

plaie péritonéale, constitue donc un grand progrès chirurgical, et donne à des interventions graves, une sécurité qu'elles n'auraient pas sans cela.

Dans quels cas a-t-on l'occasion d'appliquer la méthode ? En d'autres termes, quelles sont les interventions chirurgicales qui déterminent un délabrement tel du péritoine pariétal, qu'il est impossible de réunir les bords de la plaie péritonéale ? Nous avons vu dans l'Historique, que les premiers cas, où on ait dû recourir à l'épiploon, ont été des cas de *fibromes de la paroi abdominale*. C'est en effet dans des cas de cette nature, relativement rares cependant, qu'on sera le plus exposé à réséquer un large lambeau péritonéal. Bien que les malades se présentent actuellement au chirurgien à une phase plus précoce de la maladie, et que la suture directe de la plaie péritonéale soit facile dans les cas de petits fibromes, on observe encore de gros fibromes de la paroi, parce que c'est une affection indolore, sans retentissement sur la santé générale, et qu'il est difficile dans ces conditions, aux malades, de se convaincre de la nécessité d'une intervention, ou bien parce que le médecin consulté a fait une erreur de diagnostic, plus fréquente et plus facile qu'il ne semblerait de prime abord, qui aura eu comme conséquence la méthode d'expectative qu'on applique souvent dans les cas de fibromes sans hémorragie et sans retentissement sur l'état général. Dans les cas de gros fibromes de la paroi, la résection du péritoine sur une surface importante est presque fatale ; nous dirons plus, il vaut mieux être trop large que

pas assez, ne pas vouloir à tout prix essayer de conserver la séreuse en la décollant de la face profonde de la tumeur, car on s'expose à laisser des débris de la tumeur qui donneront lieu à une repullulation ultérieure. Bien que la majorité de ces grosses tumeurs de la paroi soient des fibromes purs, dépourvus de malignité, il ne faut pas oublier qu'il existe des sarcomes, d'un diagnostic différentiel difficile, et qu'il vaut mieux par conséquent traiter toutes les tumeurs de la paroi par une résection large, puisque avec l'emploi du grand épiploon on a un moyen sûr de réparer les grandes brèches péritonéales.

La résection large devra dans tous les cas être appliquée aux *tumeurs cliniquement malignes de la paroi*, qu'elles soient *primitives (sarcomes)* ou *secondaires*. On trouvera plus loin une observation intéressante de M. le Professeur Pollosson, sur une récurrence pariétale d'un cancer du corps utérin. Par l'emploi du grand épiploon, ces tumeurs, qui souvent ont été jugées inopérables, pourront bénéficier du traitement chirurgical approprié.

Enfin on pourra appliquer la méthode dans des affections d'un ordre tout différent, les *larges éventrations* ou les *grosses hernies ombilicales*. Le fait semble paradoxal, car il semble qu'on ait plutôt dans ces cas un excès de péritoine. Mais il arrive fréquemment que les organes herniés contractent des adhérences avec le sac, et que pour éviter de déchirer le revêtement séreux de ces organes, on soit amené à dilacerer le sac. On se trouve donc à la fin de l'opération avec des lambeaux de péritoine déchi-

quetés et troués, que les points de rapprochement déchirent encore davantage. Il vaut mieux dans ces cas, réséquer franchement les lambeaux péritonéaux et combler la brèche avec le grand épiploon.

CHAPITRE III

Des différents procédés de fermeture de la brèche péritonéale

SUTURE DIRECTE DES LAMBEAUX. — La réunion des lèvres de la plaie péritonéale doit être tentée toutes les fois qu'elle est possible. Nous avons vu dans le chapitre *Historique* quelle crainte, d'ailleurs justifiée à la période préantiseptique, l'ouverture du péritoine inspirait aux chirurgiens. Il était de règle d'essayer par tous les moyens de décoller le péritoine de la face profonde de la tumeur, dans les fibromes de la paroi; au besoin d'abandonner une portion de la tumeur. Avec ce procédé les déchirures étaient rares et, quand elles se produisaient, elles étaient minimales et faciles à suturer. Labbé et Remy insistent sur cette technique du décollement, et parlant des résections larges d'Esmarch, de Boye et de Sklifossowski, ils disent : « Nous pensons pouvoir affirmer que ces très larges pertes de substance auraient pu être évitées, si ces chirurgiens avaient eu, comme nous, la conviction qu'on peut, avec de la patience, décoller le péritoine malgré les adhérences très étendues de la tumeur. »

Nous pensons avec M. le Professeur Pollosson, que même dans les fibromes de la paroi, dès lors

qu'il subsiste toujours un doute sur la nature histologique exacte de la tumeur, il faut se garder d'être trop conservateur, et ne pas hésiter à employer, comme dans les tumeurs malignes des autres régions, l'excision large.

Cette technique, il va sans dire, est la seule qui convienne dans le cas de tumeurs cliniquement malignes.

Avec l'emploi de cette méthode d'excision large, on pourra parfois faire une réunion directe de la plaie péritonéale, grâce à l'élasticité de la séreuse, et il faudra toujours l'essayer; mais souvent il sera impossible d'amener les lambeaux en contact sans produire une tension telle que la déchirure immédiate ou ultérieure de la séreuse au niveau des points de suture ne soit à craindre; enfin il est des cas où la mise en contact des lambeaux péritonéaux est absolument impossible. Il faudra, dans ces différents cas, avoir recours à un des procédés suivants.

Nous ferons d'ailleurs remarquer ici qu'après libération du péritoine de la base d'implantation de la tumeur, il se produit une forte rétraction des lambeaux péritonéaux, et qu'il est parfois difficile de les retrouver.

AUTOPLASTIE PÉRITONÉALE. — Il existe d'ailleurs différents procédés d'autoplastie péritonéale qui permettent, dans une certaine mesure de rétablir la continuité du revêtement péritonéal de la cavité abdominale. Il n'y a pas de technique spéciale à décrire : tout dépend de la nature du cas et de l'état de la brèche péritonéale. La méthode est d'ailleurs

forcément limitée, puisque pour combler une brèche, on s'expose à en créer d'autres. Voici cependant une observation intéressante de Villar (1), bien qu'elle soit trop concise sur les détails des « débridements » pratiqués.

« ... Après avoir circonscrit la tumeur par une grande incision, je plaçai des pinces sur les pédicules vasculaires qui la bordaient; je pus éviter ainsi de faire perdre trop de sang à la malade. Continuant l'opération, après avoir sectionné les pédicules vasculaires, il me fut facile de constater que le néoplasme faisait corps avec la paroi musculo-aponévrotique et le péritoine. Je tranchai donc délibérément toute l'épaisseur de la sangle pariétale et j'arrivai à extirper la tumeur tout entière sans en laisser le moindre débris. Il va sans dire qu'après cette large résection musculo-péritonéale, je me trouvai en présence d'une vaste brèche qu'il fallait chercher à combler. Pour parvenir à rapprocher les bords de cette brèche, je pratiquai des débridements en haut, en bas et sur les parties latérales. Je pus ainsi, en me servant de gros crins de Florence, suturer en un seul plan toute la paroi abdominale, puis je plaçai quelques crins supplémentaires n'intéressant que la peau. Les suites opératoires furent des plus simples. »

Signalons enfin un procédé original d'autoplastie

(1) *XIII^e Congrès Français de chirurgie 1900 : Volumineux fibro-sarcome de la paroi abdominale.* (In thèse WASSIÉWSKY, Montpellier, 1903).

péritonéale, dont l'auteur est Kramer, par l'emploi du sac d'une hernie.

Il s'agissait d'une malade opérée d'un fibrome de la paroi ; la péritonisation étant impossible dans la partie inférieure de la plaie, Kramer fait la cure radicale d'une hernie inguinale concommittante par la voie abdominale et sans rompre les attaches du sac, le fend et l'étale dans la brèche péritonéale de la paroi. (1)

RÉFECTION DE LA BRÈCHE PAR LA PEAU SEULE. —

Ces procédés autoplastiques peuvent être essayés dans tous les cas où ils paraissent possibles ; mais il est des cas où la largeur de la brèche péritonéale rend leur exécution tout à fait hypothétique, principalement dans les tumeurs malignes primitives ou secondaires de la paroi qui nécessitent une résection large de tous les plans de la paroi.

Les premiers chirurgiens qui se trouvèrent en présence de cas pareils, prirent le parti très simple de refermer la peau, en renonçant à faire une péritonisation, reconnue impossible. La première observation de ce genre appartient à Esmarch (1874).

TUMEUR FIBREUSE DE LA PAROI ABDOMINALE, CHEZ UNE FEMME. PREMIÈRE OPÉRATION ANTISEPTIQUE. (Obs. résumée) (2). — Anna B... âgée de 28 ans.... Dans la moitié droite de la paroi abdominale une tumeur se fait remarquer. Elle commence sous le

(1) KRAMER. — *Beitrag zur Artologie und Operation der desmoiden Geschwülste der Bauchwand.* — Langenbeck's. Archive f. Chirurgie, 1896.

(2) Thèse SNADICANI, 1875, (in Labbé et Remy, p. 248).

bord des côtes droites, s'étend vers la gauche à 4 centimètres au delà de l'ombilic et en bas demeure distante d'environ 6 centimètres du ligament de Poupart. Elle n'est pas soudée avec la peau. Elle est facilement mobile, on peut la tourner sur son axe, sa surface est unie et solide, sa longueur atteint 19 centimètres, sa largeur est en haut 12, en bas 13 centimètres $1/2$, son épaisseur 6 centimètres. La tumeur est-elle soudée au péritoine ou non, cela ne peut être connu avec certitude.

Comme la femme elle-même désire beaucoup cette opération, celle-ci est entreprise le 24 octobre 1874. Comme l'ouverture du péritoine était à craindre, on donne, le jour précédent, un purgatif et le matin un clystère pour obtenir une évacuation de l'intestin aussi complète que possible.

Une incision fut faite sur le grand axe de la tumeur, en dehors de la ligne blanche, sous la pulvérisation phéniquée. Puis la tumeur qui était assez fortement adhérente aux aponévroses fut libérée au bistouri. Dans cette manœuvre furent coupés une foule de gros vaisseaux venant de la tumeur qui furent immédiatement liés, après que la tumeur fut décortiquée jusqu'à sa base. *Le péritoine se montre uni avec elle de telle façon qu'il ne faut pas songer à l'en détacher.* Il ne reste alors que le choix entre : laisser une grande partie de la tumeur, ou inciser le péritoine à sa base et l'enlever avec elle. Ce dernier parti fut préféré. La complète extirpation eut lieu rapidement, tout en sectionnant encore plusieurs gros vaisseaux. Les intestins qui sont vides sont

réduits avec facilité, après avoir lié tous les vaisseaux avec du catgut phéniqué, le sang de la cavité abdominale fut nettoyé avec des éponges et les lèvres de la plaie musculaire furent réunis avec des fils d'argent. *On ne pouvait songer à une réunion du péritoine à cause de sa perte de substance considérable*; on fit un pansement de Lister et la malade fut reportée dans un lit bien chaud.

Le traitement consécutif tout à fait semblable à celui de l'ovariotomie..... Après l'enlèvement des sutures, les lèvres de la plaie s'écartèrent superficiellement en quelques endroits et guérèrent par granulations; le 26 janvier la malade sortit guérie.

Pour s'opposer à une légère éventration, une ceinture abdominale fut posée....

Une mensuration approximative des surfaces de la tumeur révélait que plus de 20 centimètres carrés de péritoine avaient été enlevés avec la base qu'ils recouvraient... »

Vers la même époque Sklifossowski (Moscou) pratiquait une opération analogue. (1)

« En octobre 1876, madame Kachkiné, dame mariée de 33 ans, vient me consulter. Elle avait une tumeur au côté droit du ventre. Cette tumeur, dont le volume était presque celui d'une tête d'homme adulte, présentait un contour ovale. Il s'en fallait de un travers de doigt et demi qu'elle n'atteignit le bord des côtes, et seulement d'un travers de doigt qu'elle

(1) *Voïenno Meditsenski Journal*, année 1877, n° VII (in Labbé et Remy, p. 251).

ne descendit jusqu'au ligament de Poupart. Sa limite externe était mal indiquée ; en dedans elle touchait presque à la ligne blanche vers le milieu du ventre.

A son niveau, les téguments avaient leur couleur normale ; ils n'étaient pas mobiles. Ils laissaient voir quelques veines de la grosseur d'une plume d'oie. La tumeur était massive, solide indolente ; elle se mouvait avec toute l'épaisseur de la paroi abdominale : nous supposâmes qu'elle s'était soudée au péritoine.

Il y avait un an et demi que la malade s'était aperçue de sa tumeur ; elle s'était développée rapidement dans les derniers temps ; finalement des douleurs lancinantes étaient apparues, qui s'irradiaient vers la fosse iliaque correspondante et vers la ceinture. Mme Kachkine était accouchée deux fois. L'état général de sa santé était satisfaisant.

Je supposai que la tumeur était de nature sarcomateuse, qu'elle s'était développée vraisemblablement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et qu'elle s'était ensuite soudée à la séreuse, et le 21 novembre 1876, je procédai à l'opération. La malade avait été prévenue que si l'hypothèse de la soudure avec le péritoine se trouvait justifiée, on serait obligé d'ouvrir le péritoine, et qu'alors le pronostic se trouverait considérablement aggravé.

Je fis d'abord une grande incision demi-circulaire, à convexité tournée vers le milieu du ventre, limitant un lambeau linguiforme composé de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et mesurant 18 centimètres à sa base. Les extrémités de l'incision touchaient en haut au bord des côtes, en bas au ligament

de Poupart. Relevant le lambeau, je découvris le néoplasme. Toutes les couches musculaires de la paroi abdominale se perdaient dans sa masse ; on ne les en distinguait que vers la partie extérieure, sur la ligne axillaire. Je procédai à l'ablation de la tumeur, et bientôt *je constatai que le péritoine était organiquement confondu avec elle et qu'il ne pouvait être question de séparer le feuillet séreux pariétal du néoplasme.*

Je pus enfin enlever la tumeur après avoir excisé toute la moitié droite de la paroi abdominale antérieure, y compris le feuillet pariétal du péritoine ; en haut l'incision passait près du bord des côtes, en bas elle s'arrêtait à 1 1/2 travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart.

L'artère épigastrique inférieure fut coupée à 3 centimètres de son origine de l'iliaque externe et liée au catgut. L'intestin et une partie considérable du foie étaient à découvert ; mais grâce à l'anesthésie profonde, la respiration était calme et égale, et les anses intestinales ne s'échappèrent pas. Après avoir enlevé avec des éponges le sang qui s'était épanché dans la cavité abdominale, *je recouvris les viscères mis à nu au moyen du lambeau cutané linguiforme doublé de son épaisse couche de tissu cellulo-adipeux*, et je le fixai par des sutures à nœuds très rapprochés, au fil de soie. On plaça sur le ventre un bandage compressif fait de plusieurs couches d'ouate.....

La tumeur enlevée correspondait exactement à toute la moitié droite de la paroi abdominale. A sa surface interne était resté un lambeau péritonéal de

15 centimètres carrés. Le feuillet séreux considérablement épaissi était si intimément confondu avec la masse néoplasique, qu'il était impossible de l'en détacher sans déchirure. A l'examen microscopique on trouva que la tumeur était un sarcome à cellules fusiformes.

Deux semaines plus tard, la plaie était cicatrisée. La malade n'avait pas eu de fièvre après l'opération : les trois premiers jours seulement la température avait atteint 38°. Dans l'angle inférieur de la plaie, il s'était fait une suppuration du tissu cellulaire du lambeau, sur une étendue égale au volume d'un œuf de poule. Deux semaines après l'opération la malade put quitter le lit ; mais elle continuait à porter un bandage compressif sur le ventre. Sans ce bandage, elle éprouvait une sensation pénible occasionnée par la descente des viscères. »

Encouragé par le résultat de sa première opération, si hardie pour l'époque. Sklifossowski eut l'occasion quelques années plus tard de faire une intervention analogue. (1)

« Le 28 octobre 1881, entre à la clinique chirurgicale de l'Université de Moscou la nommée A. E..., paysanne du gouvernement de Kalonga, âgée de 24 ans. Sur la paroi antérieure du ventre, du côté gauche, elle présente une tumeur de dimensions énormes, qui commence au bord des côtes et se perd au voisinage du ligament de Poupart, dont elle reste

(1) VRATCH année 1882, n° 18 (in Labbé et Remy p. 261)

SKLIFOSSOWSKI : *Peut-on, chez l'homme, pratiquer l'ablation de la sangle musculaire préabdominale (prelum abdominale) ?*

toutefois distante d'un travers de doigt. Cette tumeur occupe toute la moitié gauche de la paroi antérieure; au niveau de l'ombilic, et à 3 centimètres au-dessous, elle dépasse la ligne blanche et s'étend à droite sur une étendue de 4 travers de doigt; elle fait au-dessus des parties voisines une saillie qui peut être évaluée à 8 centimètres environ..... Pendant 3 ans la tumeur est restée stationnaire, et ce n'est que l'année dernière qu'elle s'est mise à se développer rapidement.

Le jour de l'opération, qui fut pratiquée le 10 novembre 1881, la tumeur avait les dimensions suivantes : circonférence à la base, 81 centimètres ; diamètre longitudinal, 40 centimètres ; diamètre transversal, 39 centimètres....

L'opération, pendant laquelle la méthode antiseptique fut rigoureusement suivie, présenta les divers temps suivants : sur le trajet de la ligne blanche, de la pointe de l'appendice xiphoïde à la symphyse pubienne, nous fîmes une incision longitudinale, que vint rejoindre une seconde incision, latérale et arciforme, suivant le bord gauche des côtes. Après avoir relevé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans les limites permises par nos incisions, nous procédâmes à l'ablation du néoplasme. Nous découvrîmes que toutes les couches musculaires se perdaient dans la masse de la tumeur, et que *le feuillet pariétal du péritoine adhérait si étroitement à cette dernière qu'il était impossible de penser de l'en séparer*. Il nous fallait dès lors exciser toute la moitié gauche de la sangle préabdominale ; nous coupâmes la paroi abdominale dans toute son épaisseur sur la limite du bord

médian de la tumeur, en suivant le trajet de la ligne blanche ; nous prolongeâmes notre incision dans le sens transversal, en haut sur les bord des côtes, et en bas à un travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart. Pour détacher complètement la tumeur, nous fîmes une dernière incision longitudinale, suivant la ligne axillaire, depuis les côtes jusqu'à la crête iliaque. *Nos incisions comprenaient toute l'épaisseur de la paroi abdominale, en sorte que dans tout l'espace limité par les incisions, la sangle préabdominale aussi bien que le feuillet pariétal du péritoine se trouvaient détachés.* Au niveau de l'ombilic l'incision médiane se déviait à droite, de façon que nous enlevâmes un lambeau de 4 centimètres du ligament suspenseur du foie. Nous avions alors à nu, sous les yeux, l'estomac, une partie considérable du foie, le grand épiploon et presque tout l'intestin grêle, et ces divers organes commencèrent à se hernier sous l'influence des vomissements qui se produisirent. Nous procédâmes à la ligature des vaisseaux..... Nous enlevâmes, au moyen d'éponges, le sang qui était tombé dans la cavité abdominale ; *les viscères mis à nu furent recouverts du lambeau cutané ;* nous plaçâmes dans la cavité abdominale deux gros tubes à drainage, long chacun de 10 centimètres, l'un suivant la ligne blanche, près de l'ombilic, l'autre au-dessus de la symphyse pubienne. Pansement de Lister sur la plaie ; par dessus, plusieurs coussinets d'ouate au moyen desquels on exerça une forte compression sur la paroi abdominale antérieure.

La plaie se réunit par première intention. Le deu-

xième et le troisième jours après l'opération, la température monta à 38°2, puis elle redevint normale. Le 18^e jour, elle s'éleva de nouveau, et le 24^e, elle atteignait 38°9; ensuite elle redevint normale. Cette seconde hyperthermie coïncida avec une suppuration très abondante qui se produisit sous le lambeau éutané : il sortait chaque jour environ trois grandes cuillerées de pus par le tube à drainage supérieur. Le 3 décembre la suppuration cessa et au niveau du foyer il resta, à gauche de l'ombilic, un empâtement de la grandeur de la paume de la main.

La cicatrice qui succéda à la réunion des lèvres de la plaie égalait à peine la moitié de la longueur de l'incision par laquelle on avait extrait la tumeur. Dans le décubitus dorsal, on n'observait d'éventration du côté gauche que quand le malade toussait ; mais dans la position verticale elle se produisait très nettement, même pendant la respiration calme. Au milieu de cette éventration on observait une sorte de retrait ou d'enfoncement ; au voisinage de l'ombilic, en un point qui correspondait à l'induration consécutive à la suppuration ; ce retrait partageait la saillie en deux moitiés à peu près égales. La main appliquée sur l'éventration percevait très manifestement que le contenu de la cavité abdominale n'était recouvert que par la peau. Enfin, l'éventration ne s'accompagnait d'aucune sensation pénible pour le malade, probablement parce qu'elle avait conservé la position horizontale jusqu'au moment où l'on avait pu se procurer l'appareil destiné à sou-

tenir sa paroi abdominale. Aucun désordre ne se produisit du côté du tube digestif.....

La tumeur pesait 4.107 grammes; sa circonférence était, dans son plus grand diamètre, de 71 cm. 1/2 et de 54 cm. 1/2 dans son plus petit (transversal). L'examen microscopique a montré que sa structure était celle du sarcome fuso-cellulaire.

Sänger (1), vers la même époque, dans un cas de fibrome de la paroi, suivit une technique à peu près semblable :

« Femme K..., 26 ans, mariée, deux accouchements.

« ... A l'examen de cette femme bien portante, mais seulement un peu pâle, on trouve une tumeur hémisphérique oviforme étendue obliquement en bas et en dedans, à partir du bord inférieur des côtes et de l'hypochondre gauche, à peu près de la grosseur d'une noix de coco fendue en long. Elle arrivait en haut jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic et dépassait la ligne médiane de quelques centimètres. Son plus grand diamètre croisait la ligne médiane à angle aigu et atteignait 14 cm.; son plus large diamètre avait 9 cm. 5.

« Diagnostic : Desmoïde à marche rapide de la paroi de l'abdomen.

« Opération le 10 décembre 1883..... Incision de 12 cm. en dehors de la ligne blanche, croisant à

(1) SANGER : *Sur les tumeurs desmoïdes de la paroi abdominale et leur opération avec résection du péritoine pariétal*. Archier, f. Gynaekologie, 1884. Bd. xxiv.

angle aigu le grand diamètre oblique de la tumeur. Tissu graisseux sous-cutané, épais de $3/4$ de cm. environ. Immédiatement au-dessus on trouve la capsule de la tumeur, tendue pour ainsi dire ; colorée en gris, elle est parcourue de nombreux vaisseaux non saillants, à parois minces. Décollement de la peau de la tumeur avec les doigts ; pendant ce temps, hémorragie assez importante..... De propos délibéré, on incisa tout près du bord droit de la tumeur la ligne blanche, puis le péritoine placé au-dessous, et ainsi fut ouverte la cavité abdominale. Deux doigts furent introduits et un regard jeté à travers la fente abdominale ; la tumeur faisait, dans la cavité abdominale, autant de saillie que sous la peau..... *Ma tentative pour détacher le péritoine aminci et fortement adhérent, échoua complètement.* Elle ne fut, du reste, pas trop prolongée, et *je résolus d'enlever la tumeur avec le péritoine.* Série de ligatures en arcade..... Enfin, les $4/5$ de la circonférence de la tumeur furent séparés du péritoine et on put rejeter celle-ci sur les fausses côtes, absolument comme on ouvre le couvercle d'une cruche. En continuant de couper la paroi abdominale, on vit le lobe gauche du foie, l'estomac avec le grand épiploon, le colon transverse et quelques anses intestinales à l'air libre. Quatre grandes éponges à ventre furent placées.....

« ... La tumeur enlevée, on chercha s'il était possible de rapprocher les bords très écartés de la plaie péritonéale. On ne réussit pas. A gauche et en dehors, le péritoine s'était si fort rétracté qu'on ne

pouvait plus le voir ni le ramener en avant. *Il ne restait qu'une chose à faire, suturer à droite le bord du péritoine à la peau, et à gauche boucher la perte de substance péritonéale avec la peau seule.* Les fils des ligatures *en arcade* furent coupés courts et abandonnés avant de finir la suture. En dehors, de chaque côté, en haut et en bas furent pratiquées des ouvertures pour quatre drains...

« Pour rendre la suture de la peau aussi solide que possible, et pour s'opposer à la formation d'une hernie, on ne réséqua rien de la peau malgré qu'il y eût beaucoup de superflu; même on en fit, en la soulevant et en la suturant, un bourrelet allongé.

« Quatre semaines après l'opération, la femme K., guérie, pourvue d'un bandage, partit. Le ventre était tympanique partout, mou et non sensible. Santé parfaite; toutes les fonctions sont en règle.

« La tumeur enlevée pesait 760 grammes. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibrome vrai, à évolution rapide ».

EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX. — Il était intéressant de vérifier sur les animaux, ce que devenait cette vaste surface cruentée que formait la face interne de la peau dans la cavité péritonéale. Se couvrait-elle d'un revêtement analogue à l'endothélium péritonéal ? ou contractait-elle des adhérences avec les organes intra-abdominaux ? Sklifossowski se le demandait déjà dans sa deuxième communication (Est-il possible d'enlever chez l'homme le plan musculaire de la paroi abdominale

antérieure (prelûm abdominal). Vrach 1882). :
« De quelle manière s'opère la guérison après l'ablation de la moitié de la sangle préabdominale et de la partie correspondante du feuillet pariétal du péritoine ? La séreuse se reproduit-elle, ou bien se fait-il, au moyen d'un tissu conjonctif de formation nouvelle, une soudure entre le lambeau cutané et la surface séreuse des organes contenus dans la cavité abdominale ? Le premier mode de guérison est vraisemblable. Le second n'est pas impossible ; mais il doit s'accompagner de désordres fonctionnels, au moins du côté de l'intestin, dont le péristaltisme doit être entravé. Cette conclusion toute théorique n'est point justifiée par les faits. Et ce qui nous porte à penser ainsi, c'est que nous n'avons constaté de troubles intestinaux ni chez A. E., ni chez Madame Kachkine. On ne pourra répondre d'une manière positive à la question ci-dessus posée, qu'après expériences sur les animaux, à la condition, bien entendu, que ces animaux survivent aux expériences. Nous nous proposons de contrôler expérimentalement ce fait clinique et nous communiquerons en leur temps les résultats obtenus. »

En 1884, Sklifossowski publiait un troisième article sur la question (1) et relatait des expériences intéressantes faites sur des animaux. Nous les relevons ici :

(1) SKLIFOSSOWSKI. — *Matériaux pour servir à l'histoire de la Chirurgie de la cavité abdominale*. Vrach 1884. (In Labbé et Remy, p. 268).

I. — 19 mai 1883. — Chien de taille moyenne. On rase avec soin les poils de la région abdominale ; la peau est ensuite lavée au savon, puis nettoyée à la brosse au moyen d'une solution d'acide phénique à 3 %. Injection hypodermique de 0 gr. 03 de chlorhydrate de morphine. On fait alors sur le trajet de la ligne blanche une incision longitudinale de 17 cm. ; des deux extrémités de cette incision et vers la droite, partent deux autres incisions transversales, de 7 centimètres chacune. Après avoir relevé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on excise la moitié droite du prelum abdominal ainsi que le feuillet séreux pariétal correspondant, sur une longueur de 12 centimètres et une largeur de 6 centimètres. La plaie cutanée est ensuite recousue à la soie, et recouverte d'un pansement iodoformé. L'animal crève au bout d'une semaine. A l'autopsie on trouve que la plaie s'est réunie par première intention dans toute son étendue ; vers sa face profonde, la jeune cicatrice est, dans toute sa longueur, adhérente au grand épiploon. La surface profonde du lambeau cutané est lisse, luisante, et elle adhère aussi par places au grand épiploon. Exsudat purulent dans la cavité péritonéale : la mort est due à l'inflammation suppurée de la séreuse. *L'intestin est absolument libre : le grand épiploon, qui adhère à la face profonde du lambeau cutané, le sépare complètement de la surface avivée, des téguments du ventre.*

II. — 19 mai 1883. — Chien de moyenne taille. Soins préalables et opération comme dans le cas

précédent. La longueur du lambeau musculaire excisé à droite est de 12 centimètres, sa largeur de 10 centimètres ; suture de Pelletier, avec un fil de soie, de la plaie cutanée. Pansement iodoformé. Le chien crève le cinquième jour, avec des symptômes de péritonite septique : *La surface profonde du lambeau cutané est adhérente au grand épiploon.*

III. — 19 mai 1883. — Chien de moyenne taille. Soins préalables et opération comme ci-dessus. Le lambeau musculaire et séreux excisé à droite a 13 centimètres de long sur 8 de large. Le dixième jour après l'opération, l'animal enlève avec ses dents les points de suture de la partie supérieure de la plaie ; l'intestin fait hernie au dehors ; les anses herniées noircissent rapidement et l'animal crève. *Sur toute la surface profonde du lambeau cutané et de la partie de la plaie qui n'a pas été arrachée, adhérence solide du grand épiploon.*

IV. — 30 octobre 1883. — Jeune chien de petite taille. On enlève la moitié gauche du plan musculaire ainsi que le feuillet séreux pariétal sous-jacent ; le lambeau enlevé a 2 1/2 travers de doigt de long sur 2 de large. Les organes de la cavité abdominale et la plaie elle-même sont saupoudrés d'iodoforme. Suture à nœuds avec un fil de soie. Pansement avec ouate iodoformée. Aliments liquides. Le cinquième jour on change le pansement : la plaie s'est réunie par première intention. Sept jours après on enlève les points de suture et l'animal est laissé sans pansement. On le tue le quatorzième jour après l'opération : *Le grand épiploon est étroitement uni à la*

surface profonde du lambeau cutané; l'adhérence s'étend un peu à droite, au delà de la ligne blanche. Mais à la partie inférieure, là où le grand épiploon n'arrivait pas, on constate, sur une étendue de 1 1/2 centimètre carré, l'adhérence d'une anse intestinale avec la face profonde du lambeau cutané, par l'entremise d'un tissu conjonctif récent et lâche.

V. — 7 novembre 1883. — Jeune chien mâle de taille moyenne. Le lambeau excisé du plan musculaire abdominal à 3 travers de doigt de long sur 2 de large. La plaie est recousue au fil de soie, au moyen d'une suture à nœuds; elle est recouverte d'un pansement iodoformé. Le cinquième jour on coupe les fils, et la plaie cutanée s'entr'ouvre. Mais déjà la cavité péritonéale est complètement fermée; on n'observe ni hernie, ni saillie des viscères en avant. La plaie se réunit par suppuration, et vers la fin de la deuxième semaine elle est cicatrisée. On tue l'animal le 20 décembre 1883. Au niveau des sutures, cicatrice solide. *Sur toute la face profonde du lambeau cutané, adhérence intime avec le grand épiploon; seulement vers le bas, sur une étendue de 2 à 3 centimètres carrés, c'est le mésentère qui adhère au lambeau cutané.* L'adhérence du grand épiploon avec la paroi abdominale antérieure s'étend un peu au delà de la ligne blanche, vers la droite, sans la dépasser toutefois de plus de 2 à 3 millimètres.

Comme conclusion de ses expériences intéressantes, Sklifossowski fait remarquer le fait constant

de l'adhérence du grand épiploon avec la face profonde du lambeau cutané, adhérence qui supprime le contact immédiat entre l'intestin et la surface avivée des téguments. Le grand épiploon accomplit là son rôle de défense. Il est étonnant que Sklifossowski n'ait pas tiré de ses belles expériences les déductions thérapeutiques qu'elles appelaient : aider le grand épiploon dans son rôle de défense naturelle, et le suturer aux bords de la brèche péritonéale. Nous ferons remarquer, en effet, que cette soudure du grand épiploon n'est pas toujours parfaite, et que dans les expériences IV et V de Sklifossowski il s'est produit des adhérences intestinales et mésentériques.

Les résultats des expériences de Sanger (1) ne concordent pas tout à fait avec celles de Sklifossowski. Il est vrai qu'elles ne portent que sur deux animaux, et qu'une seule a réussi. Elles prouvent que la guérison peut survenir sans régénération du péritoine, qu'elle se fait par adhérence directe des anses intestinales, et que sur les bords de la perte de substance musculaire cette adhérence est moins intime.

I. — Fort lapin femelle. Incision longitudinale de 10 centimètres environ sur la ligne blanche. Résection d'environ 6 centimètres carrés des muscles et du péritoine pariétal des deux côtés de l'incision. Une anse de l'intestin grêle fut ouverte pendant les

(1) SANGER. — *Sur les tumeurs desmoïdes de la paroi abdominale et leur opération avec résection du péritoine pariétal.* Archier. f. Gynaecologie 1884, Bd. XXIV. (In Labbé et Remy, p. 283).

mouvements énergiques de l'animal et suturée de suite. Ensuite la plaie cutanée fut fixée sur la ligne médiane par une suture et saupoudrée d'iodoforme. L'animal mourut le deuxième jour après l'opération ; l'autopsie montra l'absence de péritonite, d'exsudation, de dépôt ; au contraire, *il y avait dans toute l'étendue de la résection un accolement évident et récent des anses intestinales et de la peau*. La mort était le résultat d'une sepsie aiguë.

II. — Lapin mâle, fort. Résection d'un morceau de muscle et de péritoine de la largeur de la paume de la main à peu près : presque un tiers de la paroi abdominale antérieure et latérale. Après suture de la peau on ne constate aucune distension gazeuse au niveau de la résection pendant la respiration normale ; après l'opération état parfait, appétitif, selles normales. Guérison linéaire de l'incision sous l'iodoforme : Vingt-cinq jours après, l'animal fut tué et son autopsie montra ce qui suit. Tout d'abord l'étendue de la perte de substance des muscles et du péritoine était remarquablement diminuée par leur resserrement. *Les anses intestinales, appartenant à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, au cæcum et au commencement du gros intestin, étaient solidement réunies à la peau*. Les adhérences ne commençaient pas tout de suite sur le bord de l'incision de la sangle abdominale, mais presque partout à une distance d'un demi-centimètre ou d'un centimètre. Entre les bords de l'incision et l'adhérence se trouvait un tissu cicatriciel brillant et dur, sur lequel, malgré nos recherches

assidues, malgré l'emploi du nitrate d'argent, aucun endothélium péritonéal ne put être démontré.

En somme, de ces différentes expériences, il faut conclure que l'adhérence du grand épiploon n'est pas constante, et qu'il y a danger en laissant la surface cruentée du lambeau entamé en rapport avec les viscères abdominaux, de voir ces organes contracter des adhérences avec la peau, ce qui ne peut évidemment se produire sans une modification profonde de leurs fonctions.

CHAPITRE IV

De l'emploi de l'épiploon pour fermer la brèche péritonéale

Les propriétés plastiques du grand épiploon, sa mobilité, sa facilité à produire des adhérences, à localiser et à circonscrire les infections, à combler les effractions du péritoine qu'elles viennent du dehors (peau) ou du dedans (viscères), sont connues depuis fort longtemps des chirurgiens.

Aussi, dans des opérations déjà anciennes, voyons-nous des chirurgiens respecter l'issue spontanée de l'épiploon entre les lèvres d'une petite brèche péritonéale, conserver ce bouchon épiploïque comme moyen de fermeture de la plaie péritonéale, et, au besoin, le fixer par quelques points de suture.

Nous lisons, dans une observation de Nélaton de 1860, où il s'agissait de l'ablation d'un gros fibrome de la paroi abdominale (1) :

« L'extirpation présenta quelques difficultés : le péritoine était très fortement adhérent à la tumeur, et, en le décollant, je l'ouvris dans une petite étendue ; heureusement *un bouchon épiploïque vint obstruer*

(1) Leçon de NÉLATON : *Sur une espèce particulière de tumeurs auxquelles on peut donner le nom de tumeurs fibreuses de la fosse iliaque.* — *Gazette des Hôpitaux*, 1862 (in Labbé et Remy, p. 42).

la petite ouverture, et constituer ainsi une sorte de noyau anaplastique naturel : je me gardai bien d'y toucher ».

Citons une observation de Labbé (1874) :

Fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale (1)
.....« J'étais préoccupé de l'ouverture du péritoine et en arrivant à la face postérieure de la tumeur, je redoublais d'attention, malgré les précautions les plus minutieuses, celui-ci fut ouvert et se déchira dans l'étendue de 2 centimètres et demi environ.

L'épiploon vint faire saillie entre les lèvres de la plaie ; je me gardai de réduire l'épiploon, espérant qu'il prendrait rapidement des adhérences avec les bords de l'ouverture péritonéale et formerait bouchon au niveau de cette ouverture. Je le fixai à l'aide de trois points de suture.

... Les choses se passèrent très favorablement ; la plaie bourgeonna régulièrement et la guérison fut complète vers le 25^e jour. »

A Boye, chirurgien danois, revient l'honneur d'avoir le premier proposé l'emploi systématique du grand épiploon dans la réfection des larges brèches péritonéales résultant de l'ablation des fibromes de la paroi. Voici en effet l'observation qui accompagne son mémoire.

(1) LABBÉ et REMY. — *Traité des Fibromes de la Paroi abdominale*, p. 194.

Observation I

BOYE. — *Tumeur prépéritonéale. Extirpation.
Plaie du péritoine. Guérison (1).*

Madame L. P., 29 ans, 5 enfants, remarqua, il y 14 mois, juste au début de sa cinquième grossesse, du côté droit du ventre, une tumeur qui avait alors le volume d'une châtaigne; elle était située entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic.

... La tumeur s'est développée de telle sorte qu'aujourd'hui elle fait une saillie d'un pouce sur le bord des fausses côtes et s'étend de l'épine iliaque à la ligne médiane. Sa base est circulaire; son diamètre est de 5 à 6 pouces.

On ne peut plus pénétrer profondément au-dessous de ses bords. Elle est divisée en deux parties par un sillon horizontal, une superficielle, cupulliforme, fortement proéminente sous la peau, et une autre partie plus profonde, plus grande; celle-ci ne dépasse pas le bord externe du muscle droit.

... L'extirpation est faite le 6 décembre 1872. On fait une incision cruciale assez étendue, à la suite de laquelle on dissèque les lambeaux cutanés; beaucoup de sang est fourni par de petites artères.

La tumeur se montre complètement dénudée, sans être couverte d'aponévrose. Il est clair qu'elle intéresse toutes les couches musculaires jusqu'au

(1) *Om de prae péritoneale wulters operative Behandlung.* — Hospitals Tidende. — Kopenhagen 1873. (In Labbé et Remy, p. 50 et 329).

péritoine, auquel elle adhère. Il est facile de voir que la masse sphéroïde, limitée par un sillon, peut être détachée avec les doigts et le manche du scalpel, sans employer le bistouri; on peut ainsi enlever sans péril la partie mobile de la tumeur, et arriver à porter le diagnostic précis sur sa véritable nature. Je considérai la tumeur comme de mauvaise nature et je me résolus à compléter au plus vite l'opération, plutôt que d'abandonner le malade à son triste sort. Je détachai en partie avec le doigt, en partie avec le bistouri, la tumeur de ses connexions avec le tissu musculaire environnant; elle y était encastrée comme un verre de montre dans sa chape.

Pendant ce temps je me rapprochais du péritoine en prenant les plus grandes précautions. Nous nous aperçûmes bientôt que *nos craintes relatives à une adhérence entre lui et la tumeur étaient fondées, et qu'en un point il était impossible de songer à les détacher*. Ce fut une raison pour ne pas continuer plus longtemps de procéder avec les précautions précédemment indiquées; la tumeur fut détachée dans la partie qui adhérait aux cartilages costaux. Les intestins se précipitèrent par l'ouverture faite de la sorte; je réussis difficilement, grâce à l'aide de mon assistant le D^r Smith, à les maintenir en place à l'aide d'une éponge. *L'épiploon hernié avec les intestins, fut, après une hémostase soigneuse, refoulé en bas avec ceux-ci et servit à fermer l'ouverture des parois abdominales à l'extrémité inférieure de laquelle il fut laissé.*

La plaie fut réunie par des sutures, sauf la partie

inférieure où l'on mit seulement une bande de taffetas d'Angleterre de manière à permettre l'écoulement des liquides morbides. Pour soutenir les sutures, on mit de larges bandes de sparadrap autour du ventre.

La malade très affaiblie, eut une hémorragie secondaire par le lambeau correspondant aux côtes. Le sang s'écoula bien par la partie inférieure de la plaie, et comme la faiblesse était extrême on se dispensa de toucher au pansement. Pendant les deux jours qui suivirent, l'état parut désespéré.

Elle se remit peu à peu avec le vin et l'opium, le poulx devint plus plein et plus fort et tomba de 112 à 60. Il y eut une infiltration assez prononcée des parois abdominales autour de la plaie, sans traces de péritonite, et les lambeaux se réunirent vite, ainsi que l'épiploon sous-jacent. Quatre jours après l'hémorragie, il y eut un peu de tuméfaction et de sensibilité de la plaie, et il s'écoula par l'angle inférieur un liquide sanguinolent et de mauvaise odeur ; cet écoulement cessa vite.

Le 16 décembre, la plaie était presque fermée et l'état général était satisfaisant. Le 17, la malade se coucha sans précaution sur le côté opéré ; les adhérences fraîches et encore faibles furent rompues.

A la suite de cet incident, il se développa de la douleur et de la fièvre. La position ayant été rectifiée, et un bandage plus serré appliqué, tous ces accidents disparurent très vite. Mais il se fit plusieurs abcès dans le lambeau au niveau duquel s'étaient montrés les hémorragies, et qui avait toujours eu moins de tendance à la réunion. Il fallut les ouvrir et mettre

un tube de drainage. La malade ne put retourner chez elle complètement guérie qu'au 1^{er} janvier 1873. J'ai revu la malade deux mois plus tard, elle avait un excellent aspect, allait très bien et s'acquittait parfaitement de sa tâche de maîtresse de maison. L'ouverture de la paroi abdominale est un peu revenue sur elle-même, et avec une ceinture et une pelote solide d'environ 6 pouces de diamètre, les viscères peuvent être maintenus en arrière ; mais lorsque cette personne se livre à un travail un peu violent, ce qu'elle ne peut pas toujours éviter, ils montrent une tendance manifeste à sortir par les bords ». L'observation n'est malheureusement pas très explicite, sur la fixation de l'épiploon, mais les considérations qui font suite dans le mémoire de l'auteur lèvent tous les doutes.

« Un second procédé consiste dans l'ablation, avec la tumeur, de la portion du péritoine sur laquelle elle s'incère ; il a pour inconvénient de ne laisser aucune couche de tissus entre les viscères et la plaie de la paroi. On peut y obvier, jusqu'à un certain point, *en se servant, comme nous l'avons fait de l'épiploon. Attiré en avant, et suturé au tégument, c'est un obturateur naturel, une sorte de rideau fixé devant l'ouverture abdominale.* Dans ces conditions, même quand le lambeau cutané a été libéré de la couche sous-jacente par une opération sanglante, l'épiploon protège le reste du péritoine contre la suppuration. Le cas rapporté contribue à prouver que ce procédé est, de tous, le moins périlleux ».

Cette indication très précise ne fut pas suivie par

les chirurgiens de l'époque. La première observation que nous ayons pu trouver, et qui relate l'emploi de l'épiploon, est de 1901 ; elle est due à Iwanoff, chirurgien russe, dont nous rapportons l'observation plus loin.

On verra par la lecture des observations qui suivent, que la technique employée par M. le Prof. Pollosson est très simple : fixation du tablier épiploïque à tout le pourtour de la brèche péritonéale au moyen de points séparés au catgut. Suture par dessus des muscles, si on a pu les conserver ; puis de l'aponévrose, qu'il faut toujours essayer de conserver pour éviter l'éventration post-opératoire.

OBSERVATIONS

Observation II

IWANOFF. — *Trondy, obschestiva Kûewskih wratcheï 1901-02*. Kiew, Russie. — (Citée dans *Wassilewsky*, Thèse, Montpellier, 1903.

UN CAS D'ABLATION D'UN ÉNORME DESMOÏDE DE LA PAROI ABDOMINALE. .

Sophie K..., 24 ans, mariée depuis 3 ans, pas de grossesse, pas de maladies antérieures. Bientôt après le mariage, elle s'aperçut qu'elle portait au bas du ventre, près de l'épine iliaque antérieure et

supérieure droite, une tumeur dure du volume d'une noisette, qui, après deux mois, a commencé à s'accroître très vite. En 1898, le 4 octobre, elle arrive à Kiew et entre à l'hôpital du couvent de Pokrow.

On fait une laparatomie exploratrice et on conclut que cette tumeur est un sarcome impossible à enlever. La tumeur chez elle, s'agrandit beaucoup et devient énorme. Les douleurs sont fortes dans le bas-ventre ; constipation, perte d'appétit, affaiblissement général.

21 août 1901. — Retour à l'hôpital. La malade est très anémique, les muqueuses des lèvres et la conjonctive sont pâles. En général, on peut dire que la malade a l'aspect cachectique. Elle est dans un état de dépression. Le côté droit de l'abdomen proémine fortement. La palpation permet de constater facilement une tumeur dure, à surface lisse et à bords nets. Le volume de la tumeur est celui d'une tête d'adulte.

L'examen gynécologique par le vagin et le rectum a montré que la tumeur n'a aucune connexion avec les organes génitaux internes ; mais il y a des adhérences avec les intestins. Après un examen minutieux, on a trouvé que la tumeur paraissait prendre son origine sur l'os iliaque droit, soit à l'épine, soit à la crête iliaque. Elle occupe tout le côté droit de la paroi abdominale antérieure ; vers la ligne sternale, elle s'élève à quatre doigts au-dessus de l'ombilic et à gauche dépasse la ligne médiane de 3 doigts.

Diagnostic. — Desmoïde de la paroi abdominale.

Comme cette tumeur a une consistance ligneuse, s'est accrue lentement est mobile dans le sens transversal, on suppose que c'est un fibrome, mais l'aspect de la malade nous fait penser qu'il s'agit d'un fibro-sarcome.

25 août. *Opération.* — En faisant l'incision de la peau, on voit qu'elle est adhérente avec la tumeur, que tous les muscles et les aponévroses de la paroi abdominale droite sont également adhérents. On peut séparer la peau, quoique avec une grande difficulté sur toute l'étendue, sauf en un point vers l'ombilic où il faut réséquer un fragment de peau. Il est impossible de décoller la tumeur des aponévroses et des muscles à cause de solides adhérences.

Comme je voulais garder le péritoine, et que je craignais par la section de la tumeur en deux moitiés de blesser les intestins, je fais le morcellement. Je commence à opérer par en haut ; j'excise successivement en allant dans la profondeur trois morceaux de la tumeur, chacun du volume du poing. En diminuant beaucoup par cette manœuvre l'épaisseur de la masse, je peux m'orienter et vérifier que la tumeur n'est pas adhérente aux intestins. Quant au reste de la tumeur, je l'attire au dehors et *j'essaye de décoller le péritoine.* Cette manœuvre est impossible, parce qu'il est très solidement attaché sur toute l'étendue de la tumeur. *Je fais alors l'ablation de celle-ci avec le péritoine et les muscles,* en sectionnant l'attache tendineuse (comme un pédicule) tout près de la crête et de l'épine de l'os iliaque droit. Le

tissu était ici tellement touffu, qu'il fallut sectionner autour de la crête et l'épine iliaque avec les ciseaux et passer la curette. Après l'opération, l'aspect de la plaie montre que le desmoïde a pris son origine sur la crête et sur l'épine de l'os iliaque droit, tellement forte était l'adhérence avec l'os en ce point. *Comme le péritoine a manqué sur une grande étendue, l'épiploon l'a remplacé ; je le suture aux bords de la plaie.* Je m'attendais à une grande suppuration du côté de la crête de l'os iliaque, et comme la perte de substance était considérable, je ne suture pas toute la plaie et laisse dans le bord inférieur l'espace de trois doigts pour une mèche de drainage abdominal. Les sutures sont faites avec des fils d'argent.

La période post-opératoire s'est passé comme elle se passe ordinairement avec un drainage de la cavité abdominale. La température s'élève trois fois pendant les 4 premiers jours.

Le tube digestif fonctionna presque tout le temps normalement ; l'appétit est très bon. Le 3 octobre le drainage est enlevé, la plaie est cicatrisée.

La malade a commencé à marcher 25 jours après l'opération et le 17 octobre elle part chez elle tout à fait guérie.

La tumeur pesait 3,250 gr., la longueur était de 24 centimètres, l'épaisseur de 15 centimètres. La tumeur criait sous le scalpel pendant l'incision et « avait l'éclat de l'acier de Damas » (Steintal). L'examen microscopique est fait par le prosecteur de l'institut anatomo-pathologique de l'Université de

St-Vladimir, V. Niediëlski; il s'agit d'un fibrome pur (fibroma dura).

Observation III

A. POLLOSSON.— *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon.* — *Séance du 28 juin 1906.* — *Extirpation d'une grosse tumeur de la paroi abdominale formée par la récurrence dans la cicatrice de la laparotomie d'un néoplasme du corps de l'utérus; oblitération de la brèche péritonéale ainsi créée à l'aide du grand épiploon.*

M. le Prof. Aug. Pollosson présente une malade à qui il a enlevé la presque totalité de la paroi abdominale dans la zone sous-ombilicale pour une récurrence d'un cancer du corps de l'utérus.

Il s'agissait d'une malade âgée de 59 ans, opérée par M. le Prof. Fochier, 4 ans auparavant. Nous avons pu retrouver l'observation. Nous y lisons :

« On commence l'hystérectomie par voie vaginale. Rencontrant des difficultés dans le décollement de l'utérus, on achève par voie abdominale, et on termine par un Mikulicz vaginal. A la coupe de l'utérus on trouve des lésions macroscopiques d'un néoplasme du corps. »

Actuellement, on constate une grosse tumeur abdominale s'étendant en bas jusqu'au pubis, qu'elle surplombe et dépasse latéralement de chaque côté, jusqu'à 3 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure, en haut jusqu'à 2 travers de doigt de l'ombilic.

Elle offre une saillie de 5 à 6 centimètres ; profondément, il est difficile de dire quelles en sont les connexions ; elle fait en tout cas partie de la paroi musculo-aponévrotique et a perdu toute mobilité latérale. Cette tumeur intéresse la peau, qui est d'un ton rouge vineux, adhérente dans la région du mont de Vénus, et le néoplasme est, à ce niveau, prêt à s'ulcérer. L'exploration par le vagin et par le rectum ne révèle aucune récurrence locale. Il n'existe aucun symptôme vésical ; la cystoscopie ne révèle aucune extension vésicale.

Je décidai donc une intervention malgré, d'un côté, les difficultés d'une extirpation complète, et d'autre part celles de la restauration de la paroi.

Pour réparer la brèche musculo-aponévrotique que j'allais créer, je décidai d'employer un tissu de soie résistant, préalablement stérilisé, que je fixerais sous la peau aux restants des parois musculaires.

Le 7 mai 1906. — Opération. — Anesthésie avec l'appareil de Braun (anesthésie mixte au chloroforme et à l'éther).

La tumeur est circonscrite par son pôle supérieur. L'abdomen est ouvert au tissu sain. Le péritoine pariétal postérieur est adhérent à la tumeur, mais sain et sans adhérences intestinales.

La tumeur est détachée latéralement. En bas, les difficultés commencent, la tumeur est adhérente au pubis ; il est difficile à ce niveau de reconnaître la vessie. Pour détacher le pôle inférieur de la tumeur on est obligé de raser le périoste du bassin. Au niveau du dôme vésical, la dissection devient très difficile,

il faut ou se rapprocher du néoplasme dans des limites qui condamnent tout résultat durable, ou risquer de blesser la vessie. Dans cette dissection, il se produit une large brèche vésicale. Cette perforation, faite en tissu sain, large comme une pièce de 5 francs, dans une zone à demi cachée par la symphyse pubienne, est suturée d'arrière en avant. La suture est parfaite, à deux plans sur les côtés de la perforation ; sur la ligne médiane on est obligé de suturer la musculeuse vésicale au plan fibro-périos-tique des pubis.

Il reste, dès lors, à réparer la large brèche de la paroi abdominale. Le péritoine pariétal pourrait être mobilisé dans une étendue de 1 à 2 cm.; mais cette mobilisation ne pourrait jamais être suffisante pour obtenir un rapprochement utile. J'étais assez embarrassé, car j'étais obligé de renoncer à utiliser, comme prothèse, le tissu de soie dont j'avais eu l'intention de me servir tout d'abord, parce que je n'étais pas assez sûr de l'asepsie de ma plaie opératoire. Il s'était produit une perforation de la vessie, le néoplasme s'était morcelé à un moment donné.

Jeus l'idée, à ce moment, d'abaisser le grand épiploon, de le fixer au péritoine sur tout le pourtour de la brèche pariétale, afin de contenir, par ce moyen, les intestins dans la cavité abdominale. C'est ce que je fis, à l'aide d'une dizaine de points de catgut. Je rapprochai la peau par dessus et laissai un tout petit espace non suturé au niveau du mont de Vénus, correspondant à la plaie vésicale.

Contrairement à nos appréhensions, — elles

étaient bien naturelles après une intervention aussi grave, — les suites furent très simples. Il n'y eut pas de fièvre et ce fut une réunion par première intention. Chose qui nous parut un peu paradoxale, la malade urina spontanément dès le premier soir. Au huitième jour apparut une fistulette vésicale dans la plaie abdominale non réunie. Sous l'influence d'une sonde à demeure ouverte, dérivant constamment les urines, et de cautérisations du trajet fistuleux, cette petite perforation s'oblitéra.

Pendant un mois, la malade a eu une certaine difficulté à s'asseoir, à soulever les membres inférieurs. Actuellement, elle se lève, elle marche et elle a un ventre dont l'aspect extérieur ne diffère en rien d'un ventre normal. Une large ceinture suffira sans doute à consolider cette paroi.

Observation IV (*Inédite*)

Professeur A. POLLOSSON. — *Eventration consécutive à une opération ancienne. Symptômes d'occlusion. Excision du sac. — Réparation de la brèche péritonéale à l'aide du grand épiploon.*

Veuve R..., 55 ans..., opérée il y a dix ans par M. le Professeur Laroyenne pour un kyste de l'ovaire. Nous n'avons pu retrouver de renseignements précis sur cette opération. Toujours est-il que sept mois après, on lui fait une deuxième intervention dans la même région et pour le même kyste, aux dires de la malade.

Quelques mois après cette deuxième intervention, apparition d'une éventration, qui n'a fait qu'augmenter depuis, malgré le port d'une ceinture. La malade ne pouvait se livrer à un travail pénible, souffrait fréquemment de coliques.

Elle entra à la Charité le 9 juin 1906, avec des signes d'occlusion intestinale ayant débuté la veille. Elle fut prise ce jour-là assez brusquement de coliques. Bientôt surviennent des vomissements, qui se sont répétés plusieurs fois depuis. Absence absolue de selles.

À l'examen de l'abdomen, on voit à la région ombilicale, sur la ligne médiane une tumeur de la grosseur du poing, très sensible à la palpation, dépressible, sonore à la percussion. — Les anses intestinales se dessinent nettement sous la peau, et on peut les voir animées de mouvements péristaltiques.

Les phénomènes d'occlusion s'amendent rapidement. Les vomissements cessent, la malade va à la selle.

Le 16 juin 1906. — Opération. — Deux incisions courbes longitudinales, cerclant la hernie à droite et à gauche. Incision de l'aponévrose et repérage avec des pinces. On trouve une grosse hernie avec de nombreux diverticules où s'engagent les intestins et l'épiploon. L'ouverture du sac montre qu'il existe de nombreuses adhérences ; l'estomac lui-même se trouve dans la hernie. On libère les adhérences, ce temps est difficile, à cause de la sortie de l'intestin qu'on a beaucoup de peine à maintenir. On est obligé de réséquer et de déchirer le sac

en plusieurs endroits pour ne pas blesser l'intestin.

Le contenu herniaire libéré et réduit, on met quelques points isolés sur le péritoine en bas et en haut. Au milieu, il reste un espace de la largeur de la paume de la main, dans laquelle le péritoine est dilacéré, difficile à retrouver ; les lambeaux péritonéaux se déchirent à la moindre traction. On amène le grand épiploon et on le fixe au pourtour de la perte de substance péritonéale au moyen de points de catgut isolés. Sutures aponévrotique et musculaire par dessus. Suture de la peau ; pas de drainage.

Les suites sont excellentes. Pas de température. Le malade sort dix jours après. La plaie s'est réunie par première intention. La paroi paraît être solidement reconstituée. Pas d'éventration.

Observation V (*Inédite*)

M. LE PROFESSEUR POLOSSON. — GROS FIBROME DE LA PAROI. — ABLATION. — RÉPARATION DE LA BRÈCHE PÉRITONÉALE A L'AIDE DU GRAND ÉPIPLOON.

M^{me} L..., 23 ans, entre à la Charité, le 30 novembre 1910, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire. Bonne santé habituelle, pas de maladie antérieure. Elle se plaint seulement d'avoir souffert de dysménorrhée depuis l'âge de 15 ans, date d'apparition des règles, jusqu'à son mariage. Mariée à 19 ans, elle a eu deux enfants. Les accouchements ont été nor-

maux, ainsi que les suites de couches. Le dernier accouchement a eu lieu le 17 avril de cette année. La malade s'est aperçue, de suite après son accouchement, de la présence d'une masse dure dans le flanc droit.

Cette tumeur, tout à fait indolore, n'inquiéta pas la malade, d'autant que pendant tout le temps qu'elle allaita, le volume ne varia pas.

Depuis un mois et demi, époque du sevrage, la tumeur a grossi. La malade consulte un médecin, qui fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et lui conseille de se faire opérer.

A l'entrée, jeune femme de santé florissante. La palpation de l'abdomen fait sentir une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, déterminant une voussure du flanc droit. Elle est allongée obliquement depuis un point situé à trois travers de doigt du rebord costal, jusqu'au pubis; elle dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane au niveau de la région sous-ombilicale. — La consistance en est dure, et la palpation ne réveille aucune douleur. La surface est unie, sans bosselure. La percussion donne de la matité à son niveau. Au toucher, on sent un utérus petit, mobile, sans connexions avec la tumeur, dont on ne sent pas le pôle inférieur; en faisant contracter les muscles abdominaux, on est frappé de ce fait que la tumeur qui auparavant jouissait d'une certaine mobilité, devient complètement fixe, tandis que l'utérus reste mobile.

Il n'y a aucun trouble du côté des règles; aucune perte, ni blanche, ni rouge.

On fait le diagnostic de fibrome de la paroi, et on décide la malade à se faire opérer.

Opération, le 9 déc. 1910. Incision médiane de la peau. On découvre le feuillet antérieur de la gaine des droits et on l'incise sur la ligne médiane. La tumeur apparaît ; on la dégage à gauche de ses connexions avec les muscles droits auxquels elle est très adhérente. On ouvre alors le péritoine sur le bord gauche de la tumeur, et on achève de la libérer petit à petit, en la basculant vers la droite. L'ablation s'est faite rapidement et sans hémorragie. La tumeur faisait saillie du côté de la cavité péritonéale.

Le péritoine auquel la tumeur était adhérente a été enlevé sur la largeur d'une assiette. La reconstitution de la séreuse étant impossible, on abaisse le tablier épiploïque et on le fixe à l'aide d'une quinzaine de points de catgut aux bords de la plaie péritonéale ; les feuillets péritonéaux sont d'ailleurs fortement rétractés dans les flancs. La reconstitution musculaire est impossible. On suture l'aponévrose, puis la peau.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Il n'y a eu ni élévation de température, ni suppuration. La malade sort 20 jours après ; elle ne présente aucune éventration et se sent très bien. On lui fait porter cependant une solide ceinture abdominale.

La tumeur pesait 2 kilos 100. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibrome simple.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Par la lecture des observations qui précèdent, on a pu voir que les résultats immédiats ont été excellents. Seul, le cas de Boye, qui date de la période pré-aseptique, a donné lieu à une suppuration abondante, dont la malade s'est d'ailleurs bien remise, et nous n'hésitons pas à dire que c'est grâce à la protection assurée par le grand épiploon, que l'infection est restée localisée au tissu cellulaire sous-cutané. Chez les autres malades la guérison s'est faite par première intention, mais nous voulons insister sur la sécurité que donne la présence du grand épiploon à la face profonde de la peau, au point de vue de l'infection secondaire. L'infection du tissu cellulaire sous-cutané, toujours possible, et qui se produit encore de temps en temps, malgré les précautions aseptiques les plus rigoureuses, restera ainsi localisée au tissu sous-cutané, l'épiploon jouant le rôle de rideau protecteur fermant la cavité péritonéale.

Pour les résultats tardifs, il est bien évident que l'épiploon seul ne peut pas constituer une paroi suffisamment résistante pour empêcher l'éventration. Celle-ci est le résultat de la résection de la sangle

musculo-aponévrotique. Or, cette résection est fatale dans les tumeurs de la paroi, et il faudra chercher à réparer la perte de substance musculo-aponévrotique. On cherchera avant tout, dans les fibromes, à conserver l'aponévrose du grand oblique ; cette aponévrose, suturée solidement, formera une sangle suffisante pour empêcher la production d'une éventration, comme on pourra en juger par le cas de fibrome de la paroi opéré par M. le Professeur Pollosson. Cette malade, que nous avons revue, ne présente aucune éventration ; elle a une paroi un peu flasque au niveau de la perte de substance musculaire, mais il ne s'est pas produit à ce niveau de sac herniaire. Elle porte une simple ceinture abdominale en tissu élastique résistant, et ne ressent aucun malaise.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail des différentes opérations proposées pour la réfection de la sangle musculo-aponévrotique. Nous signalerons seulement la dissection d'un volet aponévrotique du côté sain, qu'on rabat et qu'on fixe du côté malade, la désinsertion d'un muscle droit qu'on fixe en écharpe sur la perte de substance, etc. Une foule de procédés intéressants ont été proposés, qu'on peut appliquer dans les pertes de substance peu étendues ; mais, dans les larges résections, toute restauration devient impossible. Il faut se résoudre à reconstituer la paroi avec l'épiploon et la peau seulement.

Il ne faut pas s'exagérer l'importance des troubles qui peuvent en résulter. Les deux malades de Skli-

fossowski, que l'auteur a suivies pendant plusieurs années sont là pour l'attester. Il ne se produit pas dans ses larges pertes de substance les troubles qu'on voit survenir dans les petites éventrations, où la poussée des viscères finit par former un sac, avec un collet qui vient comprimer les intestins à son niveau et donne lieu à une gêne de la circulation des matières fécales. Dans les grandes éventrations, ces phénomènes d'étranglement chronique n'existent pas. Les troubles que les malades éprouvent proviennent de la disparition du point d'appui dans les efforts, point d'appui qui se fait chez l'homme normal par la contraction des muscles de la paroi. Il faut donc de toute nécessité y suppléer par un appareil qui constituera un point d'appui artificiel. Dans beaucoup de cas la simple sangle de Glénard, de dimensions et de forme bien appropriées au sujet, suffira. D'autres fois, il faudra avoir recours à des appareils plus compliqués. Nous citerons l'appareil ingénieux que Sklifossowski imagina pour sa première malade, Mme Kachkine :

« Nous fîmes un moulage en plâtre du torse de la malade. Suivant les courbures de ce torse en plâtre, nous fîmes forger deux bandes d'acier embrassant le tronc du côté gauche ; la bande inférieure s'appliquait exactement sur la ceinture osseuse du bassin ; les deux bandes entouraient un peu plus que la moitié du corps. Leurs extrémités postérieures furent fixées sur un coussin bien approprié au creux de la région sacrée et le remplissant exactement. Leurs extrémités antérieures supportaient une large plaque de

feutre recouvrant toute la surface du lambeau de la moitié droite de la paroi abdominale. De cette façon, la plaque antérieure correspondait à l'espace dépourvu de muscles et de péritoine pariétal, espace au niveau duquel se produisait l'éventration. Au moyen de cet appareil, les viscères étaient maintenues dans la cavité abdominale, et l'éventration était évitée, ainsi que la sensation pénible qui l'accompagnait. Munie de cet appareil prothétique, la malade se sentait tout à fait bien. »

Ajoutons que chez les cinq malades dont nous avons cité l'observation, et où a été employée la méthode du grand épiploon, il ne s'est produit chez aucune des troubles de la fonction intestinale, comme il s'en produit dans les cas d'adhérences intestinales, l'épiploon sépare en effet les intestins de toute plaie cruentée, où ils seraient susceptibles d'adhérer et de donner ultérieurement toute la symptomatologie des adhérences intestinales, constipation, obstruction chronique, occlusion.

CONCLUSIONS

I. — Dans les tumeurs de la paroi abdominale, primitives ou secondaires, on peut être conduit à réséquer une partie plus ou moins considérable du péritoine. Il peut en être de même dans certaines grosses hernies ombilicales.

II. — Dans ces conditions, la fermeture de la brèche péritonéale peut être impossible à réaliser par suture directe, d'autant plus que le péritoine se rétracte sur le pourtour de l'incision.

On a pratiqué la fermeture de la paroi sans s'occuper de la réfection péritonéale. Théoriquement c'est s'exposer à la production d'adhérences intestinales avec toutes ses conséquences (obstruction, occlusion, etc.), à l'infection secondaire de la cavité péritonéale, à l'éventration aiguë avec issue de l'intestin au dehors.

Le moyen le plus sûr de remédier à tout cela, c'est la suture de l'épiploon aux bords de la brèche péritonéale.

III. — Dans les six observations que nous avons pu réunir (dont trois appartenant à la pratique de M. le Professeur Pollosson), dans lesquelles cette

méthode a été employée, la guérison par première intention est survenue sans complication.

Le port d'un appareil prothétique est nécessaire, quand l'ablation de la couche musculo-aponévrotique a été pratiquée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
AUG. POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 23 janvier 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CLARET *Thèse de Paris*, 1902-03. — Tumeurs primitives de la paroi abdominale.
- BODIN *Thèse de Paris*, 1861. — Des tumeurs fibreuses pelviennes chez la femme.
- BOYE *Hospital Tidende*, 1873. — Om de præperitoneale svulsters operative Behandlung.
- BUNTZEN *Hospital Tidende*, 1868. — Peritoneums vulnerabilitet maermest med Hensyn til operation for de præperitoneale svulster.
- CORNILS *Thèse de Kiel*, 1865. — De nonnullis fibromatis in teguninibus abdominis sitis.
- DAMALIX *Thèse de Paris*, 1886. — Etude sur les fibromes de la paroi abdominale antérieure.
- FARANRE *Thèse de Montpellier*, 1895-96. — Fibromes de la paroi abdominale.
- HAQUIN *Thèse de Paris*, 1888-89. — Du traitement des fibromes de la paroi abdominal.
- KRAMER *Berträge zur Actiologie und operation der desmoïden Geschwulste der Bauchwand*. — Langenbeck's Archiv. f. Chirurgie, 1896.
- IWANOFF *Trondy obschestiva Kûewskih wratchei*, 1901-02.
- LABBÉ ET REMY. *Traité des fibromes de la paroi abdominale*. — Paris, 1888.
- LAGMENBECK *Deutsche Klinik*, 1850. — Grosses fibroïde der Banchdecken.
- LEDDERHOS *Deutsche Chirurgie*, 1890.

- LOUBRY *Thèse de Lille*, 1903. — Contribution à l'étude des fibromes de la paroi abdominale.
- NÉLATON *Gazette des Hôpitaux*, 1862. — Sur une espèce particulière de tumeurs auxquelles on peut donner le nom de tumeurs fibreuses de la fosse iliaque.
- NOIROT *Thèse de Paris*, 1897. — Traitement des fibromes de la paroi abdominale antérieure.
- OLSHAUSEN *Zeitschrift zur Gebnrtsh. und Gynackologie*, 1899.
- POLLOSSON A. . . *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1906.
- SANGER *Weber desmoïde Geschwulste der Bauchwand und deren Operation mit Resection des Peritoneum paritale*. — *Archiv. f. Gynackologie*, 1884.
- *Zwei weitere Fälle von Desmoïden der Bauchwand*. — *Zentrablatt. f. Gynackologie*, 1885.
- SCHON *Om de desmoïd Sculster i den blode Bugwags musculo-aponeuroiske Lage*. — Diss. Kopenhagen, 1902 (in Frommel's Jahresbericht, 1902).
- SKLIFOSSOWSKI. . *Des blessures du péritoine*. — *Voïenno-Meditsinski Journal*, 1877.
- *Peut-on, chez l'homme, pratiquer l'ablation de la sangle préabdominale (prelum abdominale) ?* — *Vratch*, 1882.
- *Matériaux pour servir à l'Histoire de la Chirurgie de la cavité abdominale*. — *Vratch*, 1884.
- SUADICAMI *Thèse de Kiel*, 1875. — Weber die Geschwulste in dem Bauchdecken.
- WASSIBWSKY . . . *Thèse de Montpellier*, 1903. — Ablation des fibromes de la paroi abdominale.
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Historique	5
CHAPITRE II. — Définition. — Indication de la méthode	10
CHAPITRE III. — Des différents procédés de combler la brèche péritonéale.....	14
CHAPITRE IV. — Emploi du grand épiploon comme moyen de fermeture des grandes brèches péritonéales. — Observa- tions.....	36
CHAPITRE V. — Résultats.....	54
CONCLUSIONS	59
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	61

GRANDS ÉTABLISSEMENTS
DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE
GRENOBLE

—
J. BESSON, Directeur

